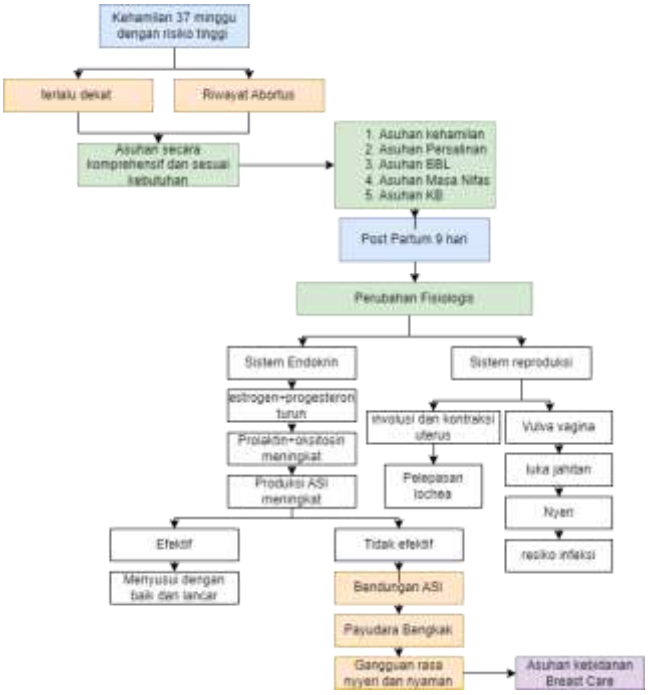
BAB III

METODE DAN LAPORAN KASUS

3.1 Pendekatan Design Studi Kasus

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus *(case study).* Yang membedakan studi kasus dengan pendekatan penelitian kualitatif lainnya adalah kedalaman analisisnya pada suatu kasus yang lebih spesifik (baik berupa kejadian maupun fenomena tertentu). Biasanya pendekatan triangulasi juga digunakan untuk menguji keabsahan data dan menemukan kebenaran objektif sesungguhnya. Metode ini sangat tepat jika digunakan untuk menganalisis kejadian tertentu, disuatu tempat tertentu, dan waktu yang tertentu (Masturoh & T., 2018)

3.2 Kerangka Konsep Asuhan Berdasarkan Kasus



Gambar 3. 1 Keramgka Konsep Berdasarkan Kasus

3.3 Tempat Dan Waktu Studi Kasus

1. **Tempat Studi Kasus**

   Praktik Mandiri Bidan I dan Rumah Klien Ny. S

2. **Waktu Studi Kasus**

   06 Maret-30 April 2024.

3.4 Objek/Partisipan

Objek/ Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah ibu hamil trimester III yaitu Ny. S Usia 31 Tahun G4P1A2 di PMB Ina Kota Bandung yang akan dikaji mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.

3.5 Etika Studi Kasus/Informed Consent

Peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian harus menerapkan sikap ilmiah serta menggunakan prinsip-prinsip yang terkandung dalam etika penelitian. Peneliti berkewajiban untuk mempertimbangkan aspek moralitas dan kemanusiaan terhadap subjek penelitian. Maka dari itu perlu diterapkan prinsip-prinsip etik, diantaranya:

1. Menghormati atau Menghargai Subjek (Respect For Person)

   Sebelum dilaksanakan kegiatan, responden diberi penjelasan mengenai maksud dan tujuan dari penelitian. Selanjutnya, responden diberi lembar persetujuan (informed consent) sebagai pernyataan bersedia atau tidak terlibat dalam penelitian. Dalam penelitian ini tidak ada unsur paksaan, jika dalam proses pelaksanaan responden memutuskan untuk berhenti terlibat dalam penelitian, maka peneliti menghargai keputusan responden.

2. Manfaat (Beneficence)

   Dalam penelitian diharapkan dapat menghasilkan manfaat bagi responden, berupa asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan menambah pengetahuan mengenai ibu hamil, bersalin, Nifas dengan bendungan ASI, BBL Kesehatan reproduksi/ KB.

3. Tidak Membahayakan Subjek Penelitian (Non Maleficence)

   Penelitian harus mengurangi kerugian atau risiko bagi subjek penelitian. Penelitian ini tidak membahayakan responden, dalam pelaksanaannya peneliti hanya memberikan memberikan asuhan komprehensif sesuai dengan

kebutuhan responden.

4. Keadilan (Justice)

   Responden dalam penelitian ini mendapatkan perlakukan yang sama dan tidak akan dibeda-bedakan.

3.6 Laporan Studi Kasus (SOAP)

a. SOAP Kehamilan

Hari/ Tanggal : 26 Maret 2024

Pengkaji : Dera Ratri Salsadilah

Tempat : Rumah Klien

a) Data Subjektif

1. Biodata

a. Nama Klien	: Nn. S	Nama Suami	: Tn. B
b. Usia Klien	: 31 tahun	Usia Suami	: 32 tahun
c. Agama	: islam	Agama	: islam
d. Pendidikan	: SMK	Pendidikan	: S1
e. Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
f. Alamat	: Rancaloa rt 06 rw 03		
g. No. Telp	: 08572342xxxx	No.Telp	: 08132253xxxx

2. Keluhan Utama : sering BAK dimalam hari, hpht : 12-07-2023, TP: 19-04-2024

3. Riwayat Pernikahan

Pengkajian	Ibu	Suami
Berapa kali menikah	1 x	1x
Lama pernikahan	6 tahun	6 tahun
Usia pertama menikah	25 tahun	26 tahun
Masalah dalam pernikahan	Tidak ada	Tidak ada

4. Riwayat Obstetri:

Anak Ke	Usia Saat ini	Usia Hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB Lahir	Tb Lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Ekslusif
1	-	2 bln	Abortus	-	-	-	-	-	-
2	2 tahun	9 bln	Normal	Bidan dan dokter	3,2	51 cm	Tidak mulas, induksi persalinan	ya	tidak
3	-	3 bln	Abortus kuretase	dokter	-	-	-	-	-
4	Hamil sekarang								

5. Riwayat Menstruasi
   a. Usia Menarche : 13 tahun
   b. Siklus : teratur 28 hari
   c. Lamanya : 7-8 hari
   d. Banyaknya : 4x ganti pembalut / hari
   e. Bau / warna : amis / merah lalu kecoklatan
   f. Dismenorea : tidak
6. Riwayat Kehamilan Saat ini:
   a. Frekuensi kunjungan ANC/bulan ke : 4x bidan, 2x SPOG, 2x PKM
   b. Imunisai TT : Sudah 3x
   c. Keluhan selama hamil Trim I, II, III : trimester I mengeluh mual
   d. Terapi yang diberikan jika ada masalah saat ANC: Suplemen dari bidan (fe)
7. Riwayat KB:
   a. KB sebelum hamil : Tidak menggunakan kb
   b. Jenis KB : Tidak menggunakan kb
   c. Lama ber-KB : Tidak menggunakan kb
   d. Keluhan selama ber-KB :Tidak menggunakan kb
   e. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi keluhan ber-KB : Tidak menggunakan kb
8. Riwayat Kesehatan

Pengkajian	Ibu	Keluarga
Penyakit menurun (asma, jantung, *hipertensi*)	Tidak Ada	Tidak Ada
Penyakit menular (batuk darah, hepatitis, HIV AIDS)	Tidak Ada	Tidak Ada
Riwayat operasi	Tidak Ada	Tidak Ada
Masalah kesehatan lain yang menggangu kehamilan	Tidak Ada	Tidak Ada

9. Keadaan Psikologis:
   a. Respon pasien dan keluarga terhadap kehamilan saat ini: Ibu dan keluarga senang dan menantikan kehamilan ini.
   b. Perencanaan terhadap kehamilan ini: Ibu berencana memeriksakan kehamilannya sebulan sekali ke bidan untuk mengetahui perkembangan janinnya.

c. Masalah yang belum terselesaikan: tidak ada
d. Tindakan yang telah dilakukan dalam menghadapi masalah: tidak ada

10. Keadaan Sosial Budaya:
    a. Adat istiadat terkait kehamilan: tidak ada
    b. Pandangan ibu terhadap mitos seputar kehamilan: Ibu lebih percaya kepada medis dibandingkan dengan mitos yang beredar di lingkungannya.
    c. Kebiasaan di lingkungan sekitar yang dapat mengganggu kehamilan: Tidak ada
11. Keadaan Spiritual :
    a. Arti hidup dan agama bagi ibu: agama merupakan petunjuk untuk menjalani hidup.
    b. Pandangan ibu terkait kehidupan spiritual: Kehidupan spiritual penting untuk membantu menjalani hidup
    c. Pengalaman sipiritual yang berdampak pada diri ibu: Tidak ada
    d. Peran agama dalam kehidupan ibu: Agama berperan sebagai petunjuk ibu dalam menjalani hidup
    e. Kegiatan spiritual yang diikuti ibu: Ibu pergi ke gereja untuk ibadah setiap minggu
    f. Pendamping saat mengikuti kegiatan spiritual: Ibu biasanya didampingi suami
    g. Pandangan ibu terkait kegiatan spiritual: Kegiatan spiritual perlu diikuti untuk menambah ilmu agama dan memberi ketenangan batin
    h. Dukungan lingkungan sekitar terhadap kondisi ibu: Suami mendukung dan perhatian mengenai kehamilan
    i. Praktik ibadah yang dilaksanakan ibu, dan kendalanya (bila ada): tidak ada kendala
    j. Dampak praktik ibadah yang dilaksanakan ibu: Ibu merasa hatinya menjadi lebih tenang
    k. Aturan agama terkait kehamilan: Tidak ada
    l. *Support* atau kekuatan yang ibu miliki dalam menjalani kehamilan: Dukungan keluarga

m. Alasan ibu bersyukur terhadap kondisi ibu: Merasa bahagia dan bertanggung jawab karena telah dikarunia anak

n. Cara memperoleh kenyamanan saat mengalami ketidaknyamanan dalam kehamilan: konsultasi pada bidan dan dokter

o. Rencana praktik keagamaan selama menjalani kehamilan: Do'a untuk ketenangan batin

12. Pola Kebiasaan Sehari-hari :

a. Pola istirahat tidur : malam 8 jam

b. Pola aktifitas : beres-beres rumah, jualan

c. Pola eliminasi : BAB 1x/hari. BAK 7-8 x/hari

d. Pola nutrisi : makan 2Gx/hari, 1 piring nasi dan lauk pauk, tidak ada pantangan, minum 10-12 gelas per hari, air putih atau minuman manis

e. Pola *personal hygiene* : Mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 2 hari sekali

f. Pola gaya hidup : Tidak merokok, tidak konsumsi alkohol, tidak konsumsi jamu

g. Pola seksualitas : Tidak pernah

h. Pola rekreasi : *Weekend* pergi jalan-jalan bersama keluarga

b) Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Cara berjalan : Seimbang, tidak membungkuk

d. Postur tubuh : Tegap

e. Tanda-tanda Vital : TD : 120/79 mmHg Nadi : 87 x menit Suhu : 36,8 x/menit Respirasi : 21 x/menit

f. Antropometri : BB sebelum hamil : 50 Kg TB : 160 Cm BB saat ini : 60 kg Lila : 27 cm imt: 19,5

2. Pemeriksaan Khusus

a. Kepala

- Bentuk : Simetrsis
- Massa / benjolan : Tidak ada

- Nyeri tekan : Tidak ada
- Alopesia : Tidak ada
- Kebersihan : tidak ada ketombe

b. Wajah : Tidak pucat, tidak ada oedema, tidak ada *chloasma*

c. Mata
- Conjuntiva : Merah muda
- Sklera : Putih

d. Hidung
- Sekret : Tidak ada
- Polip : Tidak ada

e. Mulut
- Lesi : Tidak ada
- Tanda-tanda radang : Tidak ada
- Caries : tidak ada
- Gigi palsu : Tidak ada
- Kebersihan lidah : Baik

f. Telinga : Tidak ada serumen

g. Leher:
- Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
- Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada
- Peningkatan aliran darah vena : Tidak ada

h. Dada & Payudara
- Bentuk : Simetris, puting menonojol
- Benjolan / Massa : Tidak ada benjolan
- Nyeri tekan : Tidak ada
- Retraksi dan dimpling : Tidak ada
- *Discharge* : Tidak ada
- Bunyi nafas : Normal
- *Wheezing / stridor* : Tidak ada
- Bunyi jantung : regular

i. Abdomen
- Bekas luka operasi : Tidak ada

- Striase alba : Tidak ada
- Striae livida : Tidak ada
- TFU : 30 cm
- TBJ : 2945
- Leopold I : bokong
- Leopold II : punggung kanan
- Lepold III : kepala, sudah masuk panggul
- Leopold IV : 4/5 divergen
- DJJ : 138x/m

j. Ekstremitas
- Oedema : Tidak ada
- Varices : Tidak ada
- Refleks Patella : Positif

k. Genitalia:
- Vulva/vagina : Tidak dilakukan pemeriksaan karena tidak ada indikasi
- Pengeluaran sekret : Tidak ada
- Oedem / Varises : Tidak ada
- Benjolan :Tidak ada
- Bekas luka jahit : Tidak ada

l. Anus : Tida dilakukan pemeriksaan karena tidak ada indikasi

3. Pemeriksaan Penunjang : Telah dilakukan di puskemas dengan hasil Hb: 11,8, gol darah O+, HIV: NR, HbSAG: NR, Sifilis:NR

c) Assessment

1. Diagnosa : Ny. S usia 31 tahun G4P1A2 gravida 37 minggu janin tunggal hidup intrauterin dengan keadaan baik
2. Masalah Potensial : -
3. Kebutuhan Tindakan Segera : Konseling

d) Planning

1. Memberitahukan klien dan keluarga hasil pemeriksaan
   Evaluasi : Klien dan keluarga memahami hasil pemeriksaan

2. Memberitahu ibu cara mengatasi agar tidak sering BAK dimalam hari, dengan cara perbanyak minum disiang hari dan mengurangi minum di malam hari

   Evaluasi: Ibu memahami dan akan melakukannya
3. Memberi KIE persiapan persalinan seperti kebutuhan bayi dan ibu, kebutuhan jaminan sosial untuk keadaan darurat, dana.

   Evaluasi: Ibu memahami
4. Memberi KIE tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir darah, kontraksi kuat dari pinggang ke arah perut dan teratur, keluar cairan ketuban dari jalan lahir

   Evaluasi: Ibu memahami
5. Memberi KIE tanda bahaya pada ibu hamil seperti perdarahan, nyeri kepala hebat, mata berkunang-kunang

   Evaluasi : ibu memahami dan akan datang langsung ke petugas kesehatan apabila menemukan tanda-tanda bahaya tersebut
6. Memberikan vitamin tablet tambah darah dan kalsium sebagai tambahan vitamin untuk ibu

   Evaluasi: ibu akan meminum vitamin dengan teratur
7. Membimbing do'a meminta ketenangan

   Evaluasi: Klien telah dibimbing do'a

   اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَدَنِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي سَمْعِي، اللَّهُمَّ عَافِنِي فِي بَصَرِي، لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ

   Artinya: "*Ya Allah, berilah kesehatan untukku pada badanku. Ya Allah, berilah kesehatan untukku pada pendengaranku. Ya Allah, berilah kesehatan untukku pada penglihatanku. Tiada sesembahan kecuali engkau*."
8. Mendokumentasikan seluruh asuhan yang telah diberikan

   Evaluasi: Seluruh asuhan yang diberikan telah didikumentasikan dalam bentuk SOAP

b. SOAP Persalinan

Hari/ Tanggal : 4 April 2024

Jam : 5.00 WIB

Pengkaji : Dera Ratri Salsadilah

Tempat : TPMB I

SOAP : Kala 1 Fase Akitf

a) Data Subjektif

Keluhan Utama : mulas sering sejak pukul 21.00 wib 3 april 2024, keluar

b) Data Objektif

a. Tanda-tanda Vital : TD : 130/79 mmHg Nadi : 89 x menit Suhu : 36,8 x/menit Respirasi : 21 x/menit

b. Antropometri : BB sebelum hamil : 50 Kg TB : 160 Cm BB saat ini : 60 kg Lila : 27 cm

c. Abdomen

- Bekas luka operasi : Tidak ada
- Striase alba : Tidak ada
- Striae livida : Tidak ada
- TFU : 29 cm
- TBJ : 2945
- Leopold I : bokong
- Leopold II : punggung kanan
- Lepold III : kepala, sudah masuk panggul
- Leopold IV : 3/5 divergen
- DJJ : 138x/m
- His : 4 x10’35”
- Supra pubic/kandung kemih : kosong

d. Genitalia:

Inspeksi vulva/vagina

1) Varices : tidak ada
2) Luka : tidak
3) Kemerahan/peradangan : tidak ada
4) Darah lender/air ketuban : blood show ada

5) Jumlah warna : -

6) Perineum bekas luka/parut : tidak ada

Pemeriksaan Dalam

1) Vulva/vagina : tidak ada kelainan

2) Pembukaan : 6 cm

3) Konsistensi serviks : tipis lunak

4) Ketuban : (+)

5) Bagian terendah janin : kepala

6) Denominator : UUK kiri depan

7) Caput/Moulage : tidak ada

8) Presentasi majemuk : tidak ada

9) Tali pusat menumbung : tidak ada

10) Penurunan bagian terendah : kepala

11) Hodge : II

e. Anus : Haemoroid : tidak ada

c) Assessment

1. Diagnosa : Ny. S usia 31 tahun G4P1A2 parturient aterm 39 minggu kala 1 fase aktif

2. Masalah Potensial : tidak ada

3. Kebutuhan Tindakan Segera : tidak ada

d) Planning

1. Melakukan *informed consent* untuk tindakan pertolongan persalinan normal

Evaluasi : suami klien telah tanda tangan dan bersedia dilakukan pertolongan persalinan normal**.**

2. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan hari ini bahwa ibu dalam masa persalinan pembukaan 6 cm keadaan ibu dan janin baik

Evaluasi : ibu merasa senang dan tenang dengan kondisi ibu dan bayi nya dalam keadaan baik

3. Memberikan asuhan pada ibu bersalin kala I fase aktif dengan memenuhi kebutuhan nutrisi, hidrasi, eliminasi, relaksasi, eliminasi, mobilisasi, dan dukungan psikologis

Evaluasi :

a. Menjaga privasi ibu dengan menutup tirai, tidak menghadirkan orang tanpa setahu, membuka seperlunya
b. Menyarankan ibu untuk makan/minum teh manis atau air putih
c. Mengajarkan ibu untuk Teknik relaksasi saat ada kontraksi dengan menarik napas Panjang lewat hidung lalu keluarkan lewat mulut
d. Menganjurkan ibu menggunakan gymball untuk penurunan kepala janin

4. Mengobservasi keadaan umum, kesadaran, TTV (TD dan suhu tiap 4 jam, pernapasan tiap 1 jam, nadi tiap 30 menit) DJJ dan His tiap 30 menit

Evaluasi : keadaan umum ibu baik, ibu merasakan nyeri Ketika kontraksi, kesadaran compos mentis, TD 130/80 mmHg, N : 86x/menit,RR : 21x/menit, Suhu : 36,4°C, DJJ : 142x/menit, His : 4 x 10’ 40”

5. Mempersiapkan alat dan obat (partus set, hecting set, spuit, O_2, alat resusitasi, oksitosin)

Evaluasi : alat dan obat sudah dipersipakan

6. Mempersiapkan alat pelindung diri (penutup kepala, masker, kacamata, celemek, sepatu bot)

Evaluasi : alat-alat pelindung diri sudah dipersiapakan

7. Mendampingi dan membimbing ibu untuk berdoa

Hari/Tanggal : 4 april 2024

Jam : 09.00 WIB

SOAP KALA II

S DATA

SUBJEKTIF

Keluhan Utama : Ibu mengatakan mules semakin kuat dan seperti ingin BAB (adanya dorongan ingin meneran) dan ibu mengatakan seperti keluar air-air

O DATA

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Kesadaran Compos Mentis

Tanda dan gejala kala II : Abdomen :

HIS : 5x10'50"

DJJ : 148x/menit

Pemeriksaan Dalam

1. Vulva/vagina : vulva membuka, perineum menonjol
1. Pembukaan : 10 cm
2. Portio tidak teraba
3. Ketuban : ketuban pecah spontan jam 09.00 WIB, air ketuban jernih
4. Bagian terendah janin : kepala
5. Denominator : UUK
6. Posisi : depan
7. Caput/moulage : tidak ada
8. Presentasi majemuk : tidak ada
9. Tali pusat menumbung : tidak ada
10. Penurunan bagian terendah : Hodge IV

A ASSESMENT

1 Diagnosa (Dx) : Ny. S usia 31 tahun G4P1A2 parturient aterm 39 minggu kala 2

2 Masalah Potensial : -

3 Kebutuhan Tindakan Segera : Pertolongan persalinan

P. PLANNING

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan sudah waktunya melahirkan.

   Evaluasi : ibu sudah mengetahui mengenai kondisi ibu dan bayinya dan ibu siap untuk melahirkan.
2. Berikan dukungan psikologis pada ibu, dan hadirkan pendamping saat bersalin

   Evaluasi : dukungan (+), suami hadir menemani klien.
3. Berikan ibu asupan/ minuman sehat berenergi berasa manis seperti teh manis

   Evaluasi : ibu dapat minum di sela-sela his.
4. Bantu ibu untuk berdoa sesuai kepercayaanya selama kala II Persalinan :

   Evaluasi : ibu mengikuti berdoa sebelum mengejan dan disela-sela kontraksi
5. Ajarkan ibu cara meneran yang baik dan efisien dengan mengikuti dorongan alamiah

   Evaluasi : ibu kooperatif
6. Memimpin persalinan ibu

   Evaluasi : bayi lahir spontan menangis kuat pada pukul 09.30 WIB, BB: 3400 gram, Pb: 50 cm, Jk: perempuan, Lk:32 Ld:31

Hari/ Tanggal : 04 April 2024

Jam : 09.32 WIB

SOAP KALA III

S SUBJEKTIF

Keluhan Utama : Ibu merasa lelah dan perutnya masih terasa mules

O OBJEKTIF

Keadaan Umum : Ibu tampak Lelah,
Kesadaran Compos Mentis
Keadaan emosional tampak stabil

Tanda dan gejala kala III : Abdomen :
Tidak ada janin ke-2
TFU sepusat
Uterus globuler
Kontaksi uterus baik
Kandung kemih kosong
Vulva/ vagina : Tali pusat memanjang dari vagina, Adanya semburan darah ± 100 cc
Vulva/vagina : tampak tali pusat menjulur dari vagina

A ASSESMENT

1 Diagnosa (Dx) : Ny.S usia 31 tahun P2A2 Kala III

2 Masalah Potensial : -

3 Kebutuhan Tindakan segera : -

P. PLANNING

1. Memberitahu hasil pemeriksaan

   Evaluasi: ibu mengetahui hasil pemeriksaan

2. Mengecek janin kedua

   Evaluasi : tidak ada janin kedua

3. Melakukan informed consent kepada ibu untuk di suntik oksitosin dipaha sebelah kanan bagian atas

Evaluasi: ibu bersedia disuntik oksitosin

4. Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat

   Evaluasi: tali pusat sudah di jepit dan di potong

5. Melakukan IMD kurang lebih 1 jam

   Evaluasi : bayi langsung IMD dan berhasil

6. Melihat tanda pelepasan tali pusat

   Evaluasi: terlihat tanda pelepasan plasenta (tali pusat memanjang, terdapat semburan darah, bentuk uterus globuler)

7. Dilakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)

   Evaluasi : Plasenta lahir lengkap pukul 09.40 WIB

8. Dilakukan masase fundus uteri selama 15 detik sebanyak 15 kali

   Evaluasi: Uterus berkontraksi dengan baik

9. Melakukan pengecekan kelengkapan plasenta

   Evaluasi : plasenta lahir lengkap

Hari/ Tanggal : 4 April 2024

Jam : 09.41 WIB

SOAP KALA IV

S SUBJEKTIF

Keluhan Utama : Ibu merasa lelah dan perutnya masih terasa mules. Tapi ibu merasa senang bayinya telah lahir dengan selamat

O OBJEKTIF

1 Keadaan Umum : Ku baik, Ibu tampak lelah,
Kesadaran Compos Mentis
Keadaan emosional tampak stabil

2 Pemeriksaan Fisik kala IV : Td: 110/79 mmHg Nadi : 87 x menit Suhu : 36,8 x/menit Respirasi : 21 x/menit
Abdomen : TFU 2 jari bawah pusat
Kontaksi uterus baik
Kandung kemih kosong
Vulva/ vagina : Perdarahan ±50 cc
Laserasi Grade : grade II

A ASSESMENT

1 Diagnosa (Dx) : Ny.S usia 31 tahun P1A0 Kala IV dengan Laserasi Grade II

2 Masalah Potensial : Perdarahan

3 Kebutuhan Tindakan segera : Penjahitan

P. PLANNING

1. Dilakukan pengecekan laserasi jalan lahir
   Evaluasi : terdapat laserasi jalan lahir di mukosa vagina dengan perdarahan aktif, dilakukan penjahitan derajat 2 dengan informed consent terlebih dahulu
2. Bersihkan ibu dan kenakan pakaian yang bersih dan kering
   Evaluasi : ibu nyaman

3. Memberitahukan ibu dan keluarga hasil pemeriksaan : ibu memasuki waktu pemantauan dan observasi selama 2 jam. Kondisi ibu dalam batas normal

   Evaluasi : ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan merasa tenang.

4. Melakukan observasi kala IV sesuai partograf

   Evaluasi : hasil observasi kala IV terlampir dalam partograf. Ibu dalam kondisi normal.

5. Memberikan ibu obat amoxixilin, tablet tambah darah, dan vitamin a

   Evaluasi: ibu akan meminum obat setelah makan

6. Ajarkan ibu cara menyusui anaknya

   Evaluasi : ibu mulai belajar menyusui anaknya

7. Ajarkan ibu untuk mobilisasi dini di tempat tidur seperti miring ke kanan dan ke kiri.

   Evaluasi : ibu mulai miring kanan kiri dan duduk.

8. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK, menjaga kebersihan daerah kemaluan dan daerah luka jahitan.

   Evaluasi : ibu memahami dan akan menjaga kebersihan daerah kemaluannya.

9. Memberikan konseling tanda-tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan

   Evaluasi : ibu paham.

c. SOAP Nifas

Hari/ Tanggal : 04 April 2024

Pengkaji : Dera Ratri Salsadilah

Tempat : TMPB I

a) Data Subjektif

Keluhan Utama : luka jahitan masih terasa nyeri

b) Data Objektif

a. Tanda-tanda Vital : TD : 120/79 mmHg Nadi : 87 x menit
   Suhu : 36,8 x/menit Respirasi : 21 x/menit

b. Abdomen
   - Bekas luka operasi : Tidak ada
   - TFU : 3 jari di bawah pusat
   - Kontraksi : kuat
   - Supra pubic/kandung kemih : kosong

c. Genitalia:
   1) vulva/vagina : luka bekas jahian bersih
   2) Varices : tidak ada
   3) Kemerahan/peradangan : tidak ada
   4) Darah lender/air ketuban : lochea rubra
   5) Jumlah darah: kurang lebih 50 cc
   6) Perineum bekas luka/parut : tidak ada

c) Assessment

1. Diagnosa : Ny. S usia 31 tahun P2A2 Post Partum 9 jam dengan keadaan baik
2. Masalah Potensial : -
3. Kebutuhan Tindakan Segera : -

d) Planning

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan suami, Evaluasi :Ibu dan suami mengetahun kondisinya saat ini
2. Memberikan KIE mengenai, Nutrisi dan hidrasi, Mobilisasi, eliminasi, Istirahat, Perawatan luka jahitan, Tanda bahaya masa nifas, Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti
3. Dokumentasikan SOAP

Hari/ Tanggal : 16 April 2024

Pengkaji : Dera Ratri Salsadilah

Tempat : rumah klien

SOAP NIFAS 9 HARI

a) Data Subjektif

Keluhan Utama : nyeri payudara

b) Data Objektif

a. Tanda-tanda Vital : TD : 110/79 mmHg Nadi : 87 x menit
   Suhu : 36,8 x/menit Respirasi : 21 x/menit

b. Dada & Payudara
   - Bentuk : Simetris, puting menonojol
   - Benjolan / Massa : teraba masa/ bengkak
   - Nyeri tekan : Tidak ada
   - Retraksi dan dimpling : Tidak ada
   - *Discharge* : Tidak ada
   - Bunyi nafas : Normal
   - *Wheezing / stridor* : Tidak ada
   - Bunyi jantung : regular

c. Abdomen
   - Bekas luka operasi : Tidak ada
   - TFU : 1 jari atas symphisis
   - Supra pubic/kandung kemih : kosong

d. Genitalia:
   1) vulva/vagina : luka bekas jahian bersih dan kering
   2) Varices : tidak ada
   3) Kemerahan/peradangan : tidak ada
   4) Darah lender/air ketuban : lochea sanguinolenta
   5) Jumlah warna : -
   6) Perineum bekas luka/parut : tidak ada

c) Assessment

1. Diagnosa : Ny. S usia 31 tahun P2A2 Post Partum 9 hari dengan Bendung ASI

2. Masalah Potensial : Mastitis
3. Kebutuhan Tindakan Segera : Breast Care

d) Planning

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan suami bahwa ibu mengalami bendungan ASI

   Evaluasi :Ibu dan suami mengetahun kondisinya saat ini
2. Menjelaskan pada ibu dan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya yaitu breast care

   Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dan menyetujui akan tindakan yang akan dilakukan
3. Melakukan tindakan dan mengajarkan ibu serta keluarga untuk melakukan breast care dan kompres daun kubis

   Evaluasi: ibu dan keluarga memahami, ibu merasa payudara terasa ringan dan tidak nyeri serta dapat mengulang tahapan perawatan payudara dan dapat memperaktikan nya sendiri di rumah
4. Mengevaluasi teknik menyusui ibu

   Evaluasi: Teknik menyusui ibu sudah benar dan ibu memahami untuk menyusui anaknya minimal 2 jam sekali
5. Memberitahu ibu untuk beristirahat dengan cukup

   Evaluasi: ibu memahami dan akan mencoba tidur siang saat bayi tidur
6. Mengingatkan kembali ibu tanda bahaya setelah melahirkan, seperti: demam tinggi, perdarahan yang banyak dan berbau, sakit kepala hebat, dan bila ibu menemukan salah satu tanda gejala tersebut agar ibu segera datang kepelayanan kesehatan.

   Evaluasi : Ibu mengerti dan dapat menyebutkan kembali seluruh tanda dan bahaya setelah melahirkan dan akan segera memeriksakan apabila mengalami salah satu tanda bahaya setelah melahirkan tersebut.
7. Memberikan dukungan emosional pada ibu,bahwa ibu pasti bisa merawat bayinya.

   Evaluasi : Ibu merasa lega dan yakin bisa merawat bayinya

8. Memberikan bimbingan kepada ibu untuk senantiasa berdoa agar dilancarkan menyusui bayinya

   Evaluasi : Ibu memahami dan akan melakukannya

d. SOAP Bayi Baru Lahir

Hari/Tanggal **:** 4 April 2024

Tempat Praktik **:** TPMB I

Pengkaji **:** Dera Ratri Salsadilah

a) DATA SUBJEKTIF
Anamnesa

a. Biodata Pasien:

(1)Nama bayi : By.Ny S

(2)Tanggal Lahir : 04 April 2024

(3)Usia : 12 Jam

b. Identitas orang tua

No	Identitas	Istri	Suami
1	Nama	Ny. S	Tn B
2	Umur	31	32
3	Pekerjaan	IRT	Karyawan Swasta
4	Agama	Islam	Islam
5	Pendidikan terakhir	SMK	S1
6	Golongan Darah	O+	B+
7	Alamat	Rt 6 rw 03 rancaloa	
8	No.Telp/HP	085xxxxxxxx	

c. Keluhan utama : -

d. Riwayat Penikahan Orang Tua

Data	Ayah	Ibu
Berapa kali menikah :	1	1
Lama Pernikahan :	6	6
Usia Pertama kali menikah :	25	26
Adakah Masalah dalam Pernikahan ?	-	-

e. Riwayat KB Orang Tua

(1)Ibu menggunakan KB sebelum kehamilan : tidak

(2)Jenis KB : -

(3)Lama ber-KB : -

(4)Keluhan selama ber-KB : -

(5)Tindakan yang dilakukan saat ada keluhan : -

f. Riwayat Kesehatan orang tua

(1)Apakah ibu dulu pernah menderita penyakit menurun seperti asma, jantung,

darah tinggi, kencing manis maupun penyakit menular seperti batuk darah, hepatitis, HIV AIDS.?tidak

(2)Apakah ibu dulu pernah operasi ? tidak

(3)Apakah ibu pernah menderita penyakit lain yang dapat menganggu kehamilan ?tidak

g. Riwayat kehamilan

(1)Usia kehamilan : 39 minggu

(2)Riwayat ANC : 4 kali dibidan, 2x puskesmas, 2x SPOG

(3)Obat-obatan yang dikonsumsi : Fe, Kalk

(4)Imunisasi TT : T3

(5)Komplikasi/penyakit yang diderita selama hamil : tidak ada

h. Riwayat persalinan

Anak Ke	Usia Saat ini	Usia Hamil	Cara Persalinan	Penolong	BB Lahir	Tb Lahir	Masalah saat bersalin	IMD	ASI Eksl usif
1	-	2 bln	Abortus	-	-	-	-	-	-
2	2 thn	9 bln	Normal	Bidan dan dokter	3,2 kg	51 cm	-	ya	tidak
3	-	3 bln	Abortus kuretase	dokter	-	-	-	-	-
4	9 hari	9 bln	spotan	bidan	3,4	50 cm	-	ya	

i. Riwayat Kelahiran

Asuhan	**Waktu (tanggal, jam) dilakukan asuhan**
1. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	09.30 WIB, 04 april 2024
2. Salep mata antibiotika profilaksis	10.30 WIB 04 April 2024
3. Suntikan vitamin K1	20.00, 29-12-2023
4. Imunisasi Hepatitis B (HB)	11.30 WIB 04 April 2024
5. Rawat gabung dengan ibu	10.30 WIB 04 April 2024
6. Memandikan bayi	15.30 WIB 04 April 2024
7. Konseling menyusui	10.30 WIB 04 April 2024
8. Riwayat pemberian susu formula	-
9. Riwayat pemeriksaan tumbuh kembang	-

j. Keadaan bayi baru lahir

BB/ PB lahir : 3400 gr/50 cm

APGAR score : 8/10

k. Faktor Lingkungan

(1) Daerah tempat tinggal : kota

(2) Ventilasi dan higinitas rumah : terdapat ventilasi di rumah

(3) Suhu udara & pencahayaan : baik

l. Faktor Genetik

(1) Riwayat penyakit keturunan : tidak ada

(2) Riwayat penyakit sistemik : tidak ada

(3) Riwayat penyakit menular : tidak ada

(4) Riwayat kelainan kongenital : tidak ada

(5) Riwayat gangguan jiwa : tidak ada

(6) Riwayat bayi kembar : tidak ada

m. Faktor Sosial Budaya

(1) Anak yang diharapkan : ya

(2) Jumlah saudara kandung : 1

(3) Penerimaan keluarga & masyarakat : baik

(4) Bagaimanakah adat istiadat sekitar rumah : tidak ada adat istiadat

(5) Apakah orang tua percaya mitos : tidak

n. Keadaan Spiritual

(1) Apakah arti hidup dan agama bagi orang tua : penopang kehidupan

(2) Apakah kehidupan spiritual penting bagi orang tua : ya

(3) Adakah pengalaman spiritual berdampak pada orang tua : saat berdoa atau ke gereja membuat tenang

(4) Bagaimankah peran agama bagi orang tua dikehidupan : agama berperan penting untuk mengatur kehidupan sehingga lebih teratur

(5) Apakah orang tua sering menlaksanakan kegiatan keagamaan : ya

(6) Saat kegiatan keagamaan sering sendiri/berkelpompok : berkelompok

(7) Seberapa penting kegiatan itu bagi orang tua : penting

(8) Bagaimanakah dukungan sekitar terhadap penyakit anak : -

(9) Bagaimanakah praktik ibadah orang tua dan anak : melaksanakan ibadah

(10) Apakah dampak yang dirasakan ortu setelah beribadah : hati menjadi lebih tenang

(11) Adakah alasan agama yang diyakini klrg dalam perawatan : -

(12) Bagaimanakah praktik keagamaan meskipun saat kondisi sakit : -

(13) Apakah praktek keagamaan yang dipraktekan selama perawatan : -

o. Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Pola istirahat dan tidur anak

(a) Tidur siang normalnya 1-2 jam/hr : 1 jam

(b) Tidur malam normalnya 8-10 jam/hr : 8 jam

(c) Kualitas tidur nyeyak/terganggu :nyenyak

(2) Pola aktifitas ibu dan anak ada gangguan/tidak : tidak

(3) Pola eliminasi

(a) BAK : 2x

(b) BAB : -

(4) Pola nutrisi

(a) Makan (jenis dan frekuensi) : 1x,nasi tahu sayur bayam

(b) Minum (jenis dan frekuensi) : 3 gelas, air putih

(5) Pola personal hygiene (Frekuensi mandi, ganti pakaian) : mandi 2x sehari, ganti pakaian 2x sehari, ganti pembalut 2-3x sehari

(6) Pola gaya hidup (ibu/keluarga perokok pasif/aktif, konsumsi alcohol,jamu,NAPZA): -

(7) Pola rekreasi (hiburan yang biasa dilakukan klien) : berjalan-jalan

b) DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

(1) Kepala, badan, ekstremitas : tidak terdapat caput, badan kemerahan, ekstremitas merah dan tonus otot kuat

(2) Warna kulit dan bibir : merah

(3) Tangis bayi : nyaring dan kuat

2. Tanda-tanda Vital

(1) Pernafasan : 40 x/menit

(2) Denyut jantung : 128 x/menit

(3) Suhu : 36,8 ^{0}C

3. Pemeriksaan Antropometri

(1) Berat badan bayi : 3400 gram

(2) Panjang badan bayi : 50 cm

4. Kepala

(1) Ubun-ubun : terdapat ubun-ubun besar dan kecil

(2) Sutura : teraba

(3) Penonjolan/daerah yang mencekung :-

(4) Caput succadaneum :-

(5) Lingkar kepala : 32

5. Mata

(1) Bentuk : Simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : -

(3) Refleks Labirin : ada

Refleks Pupil : ada

6. Telinga

(1) Bentuk : simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : -

(3) Pengeluaran cairan : -

7. Hidung dan Mulut

(1) Bibir dan langit-langit : terdapat langit-langit

(2) Pernafasan cuping hidung : -

(3) Reflek *rooting* : baik

(4) Reflek *Sucking* :baik

(5) Reflek *swallowing* : baik

(6) Masalah lain : -

8. Leher

(1) Pembengkakan kelenjar : -

(2) Gerakan : -

(3) Reflek *tonic neck* : ada

9. Dada

(1) Bentuk : simetris

(2) Posisi putting : simetris

(3) Bunyi nafas : baik tidak terdapat wheezing

(4) Bunyi jantung : baik

(4) Lingkar dada : 31

10. Bahu, lengan dan tangan

(1) Bentuk : simetris

(2) Jumlah jari : masing-masing 5 jari

(3) Gerakan : kuat

(4) Reflek *graps* : ada

11. Sistem saraf

Refleks Moro : ada

12. Perut

(1) Bentuk : simetris

(2) Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis: tidak ada

(3) Perdarahan pada tali pusat : tidak ada

13. Kelamin

Kelamin perempuan

(1) Labia mayor dan labia minor : labia mayora menutup labia minora

(2) Lubang uretra : ada

(3) Lubang vagina : ada

14. Tungkai dan kaki

(1) Bentuk : simetris

(2) Jumlah jari : masing-masing 5

(3) Gerakan : kuat

(4) Reflek babynski : ada

15. Punggung dan anus

(1) Pembengkakan atau ada cekungan: -

(2) Lubang anus : ada

16. Kulit

(1) Verniks : terdapat verniks pada punggung bayi

(2) Warna kulit dan bibir :.merah

(3) Tanda lahir : tidak ada

b. Pemeriksaan Laboratorium : tidak dilakukan

c) ANALISA DATA

a. Diagnosa (Dx) : By. Ny. S Neonatus Cukup Bulan SMK usia 12 jam dengan keadaan baik

b. Masalah Potensial : -

c. Tindakan segera : -

d) PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada ibu. (evaluasi ibu memahami keadaan bayi nya, bb 3400 gr, tb 50 cm, ttv dalam keadaan normal)

2. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi meliputi

a. Mengajarkan ibu cara menjemur bayi. (evaluasi ibu memami dan akan menjemur bayi nya saat pukul 9-10 pagi selama 10-15 menit dan bayi dalam keadaan telanjang)

b. Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat. (evaluasi ibu memahami bahwa tali pusat harus bersih dan kering, serta tidak boleh diberikan apa-apa)

c. Memperbaiki posisi menyusui ibu. (evaluasi ibu memahami cara menyusui yang benar dan telah diperaktikan)

3. Memberikan konseling pada ibu mengenai

a. Pemberian ASI Ekslusif selama 6 bulan. (evaluasi ibu memahami dan akan memberikan ASI selama 6 bulan tanpa tambahan apapun)

b. Jadwal imunisasi BCG dan Polio 1 (evaluasi ibu memahami bahwa anak perlu diimunisasi ketika usia 1 bulan)

c. Tanda bahaya pada bayi seperti bayi tidak mau menyusu, kuning seluruh tubuh (evaluasi ibu memahami tanda bahaya bayi baru lahir dan jika menemukan tanda akan langsung membawa bayi ke petugas kesehatan)

4. Menjadwalkan rencana kunjungan ulang. (evaluasi ibu memahami untuk kunjungan ulang ketika 1 minggu)

5. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan. (evaluasi telah dilakukan dokumentasi

Hari/ Tanggal : 16 April 2024

Jam : 09.00 WIB

Pengkaji : Dera Ratri Salsadilah

Tempat : rumah klien

a) DATA SUBJEKTIF

a. Biodata Pasien:

(1)Nama bayi : By.Ny S (By. C)

(2)Tanggal Lahir : 04 April 2024

(3)Usia : 9 hari

b. Keluhan utama : Tidak ada

b) DATA OBJEKTIF

1. Tanda-tanda Vital

(1)Pernafasan : 40 x/menit

(2) Denyut jantung : 120 x/menit

(3) Suhu : 36,8 ^{0}C

2. Pemeriksaan Antropometri

(1) Berat badan bayi : 3600 gram

(2) Panjang badan bayi : 50 cm

3. Kepala

(1) Ubun-ubun : terdapat ubun-ubun besar dan kecil

(2) Sutura : teraba

(3) Penonjolan/daerah yang mencekung :-

(4) Caput succadaneum :-

(5) Lingkar kepala : 32

4. Mata

(1) Bentuk : Simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : -

(3) Refleks Labirin : ada

Refleks Pupil : ada

5. Telinga

(1) Bentuk : simetris

(2) Tanda-tanda infeksi : -

(3) Pengeluaran cairan : -

6. Hidung dan Mulut

(1) Bibir dan langit-langit : terdapat langit-langit

(2) Pernafasan cuping hidung : -

(3) Reflek *rooting* : baik

(4) Reflek *Sucking* :baik

(5) Reflek *swallowing* : baik

(6) Masalah lain : -

7. Leher

(4) Pembengkakan kelenjar : -

(5) Gerakan : -

(6) Reflek *tonic neck* : ada

8. Dada

(5) Bentuk : simetris

(6) Posisi putting : simetris

(7) Bunyi nafas : baik tidak terdapat wheezing

(8) Bunyi jantung : baik

(4) Lingkar dada : 31

9. Bahu, lengan dan tangan

(5) Bentuk : simetris

(6) Jumlah jari : masing-masing 5 jari

(7) Gerakan : kuat

(8) Reflek *graps* : ada

10. Sistem saraf

Refleks Moro : ada

11. Perut

(4) Bentuk : simetris

(5) Penonjolan sekitar tali pusat saat menangis: tidak ada

(6) Perdarahan pada tali pusat : tali pusat sudah lepas

12. Kelamin

Kelamin perempuan

(1) Labia mayor dan labia minor : labia mayora menutup labia minora

(2) Lubang uretra : ada

(3) Lubang vagina : ada

13. Tungkai dan kaki

(5) Bentuk : simetris

(6) Jumlah jari : masing-masing 5

(7) Gerakan : kuat

(8) Reflek babynski : ada

14. Punggung dan anus

(3) Pembengkakan atau ada cekungan: -

(4) Lubang anus : ada

15. Kulit

(1) Verniks : -

(2) Warna kulit dan bibir :.merah

(3) Tanda lahir : -

a. Pemeriksaan Laboratorium : -

C) ANALISA DATA

a. Diagnosa (Dx) : By. Ny. S Neonatus Cukup Bulan SMK usia 9 hari dengan keadaan baik

b. Masalah Potensial : tidak ada

c. Tindakan segera : tidak ada

D) PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil temuan dalam pemeriksaan kepada ibu. (evaluasi ibu memahami keadaan bayi nya, bb 3600 gr, tb 50 cm, ttv dalam keadaan normal)
2. Memberikan konseling pada ibu mengenai

a. Jadwal imunisasi. (evaluasi ibu memahami bahwa anak perlu diimunisasi ketika usia 1 bulan)

b. Tanda bahaya pada bayi. (evaluasi ibu memahami tanda bahaya bayi baru lahir dan jika menemukan tanda akan langsung membawa bayi ke petugas kesehatan)

3. Mendokumentasikan asuhan yang telah dilakukan. (evaluasi telah dilakukan dokumentasi

e. SOAP Keluarga Berencana

Hari/ Tanggal : 30 April 2024

Jam : 09.00 WIB

Pengkaji : Dera Ratri Salsadilah

Tempat : TMPB I

a) Data Subjektif

Keluhan Utama : Ingin pasang IUD

b) Data Objektif

a. Tanda-tanda Vital : TD : 120/80 mmHg Nadi : 87 x menit

Suhu : 36,8 x/menit Respirasi : 21 x/menit

b. Antropometri : BB sebelum hamil : 50 Kg TB : 160 Cm

BB saat ini : 62 kg Lila : 27 cm imt: 19,5

c. Abdomen

- Bekas luka operasi : Tidak ada
- TFU : tidak teraba
- Supra pubic/kandung kemih : kosong

d. Genitalia:

1) vulva/vagina : tidak ada kelainan
2) Varices : tidak ada
3) Kemerahan/peradangan : tidak ada
4) Darah lender/air ketuban : tidak ada
5) Jumlah warna : -
6) Perineum bekas luka/parut : tidak ada

e. Anus : Haemoroid : tidak ada

c) Assessment

1. Diagnosa : Ny. S usia 31 tahun P2A2 dengan KB IUD
2. Masalah Potensial : -
3. Kebutuhan Tindakan Segera : -

d) Planning

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu

Evaluasi :Ibu dan suami mengetahun kondisinya saat ini

2. Memberikan KIE kepada ibu mengenai penggunaaan kontrasepsi IUD, cara kerja, efek samping

Evaluasi : Ibu mengerti

3. Melakukan pemasangan IUD

Evaluasi: telah dilakukan pemasangan IUD

4. Memberitahu ibu cara mengecek benang IUD

   Evaluasi: ibu memahami

5. Memberikan ibu amoxixilin dan paracetamol sebagai pencegahan infeksi dan nyeri. Diberikan untuk 3 hari dengan jadwal 3xsehari

Evaluasi: ibu akan meminum obat

6. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang setelah hari

Evaluasi: ibu memahami dan akan datang